

ACTA DE REUNIÓN

192.1.26.27.00000001.1037.2025000045



Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	03/06/2025
Lugar:	CLINICA PALMIRA	Hora Inicial:	8 A.M.
Participantes:	Ver listado de asistencia anexo		

1. ORDEN DEL DÍA

- 1.1. Saludo a los participantes
- 1.2. Verificación de apertura de los buzones de sugerencias durante el mes de JUNIO del año 2025.

2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

- 2.1. El día 03/ de JUNIO de 2025, se reunieron las personas relacionadas en el formato LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES en la sede de la Entidad, con el propósito de dar cumplimiento con la apertura del Buzón de Sugerencias ubicado (os) dentro de las instalaciones.

En la presente acta se detalla el proceso mediante el cual se hace el escrutinio del buzón y el mecanismo para direccionar las PQRS (Petición, queja, reclamo, sugerencia y/o felicitación) recogidas durante la frecuencia de aperturas establecida por la entidad. A continuación se relaciona el número de PQRS encontradas en el buzón durante esta visita:

NUMERO DE BUZONES TOTALES			
N° de Buzón	Área	CS	CS
Buzón 1	URGENCIAS	12	
Buzón 2	SALA VIP	0	
Buzón 3	ADMISIONES	0	
Buzón 4	SALA SOAT	0	
N° de Buzón	Área	CS	CS
Buzón 5	PEDIATRIA	0	
Buzón 6	AMBULATORIOS	0	
Buzón 7	AYUDAS DIAGNOSTICAS	17	
Buzón 8	VIAS DIGESTIVAS	0	



Alcaldía de Palmira
Nit.: 891.380.007-3

República de Colombia
Departamento del Valle del Cauca
Alcaldía Municipal de Palmira
**SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y
ADMINISTRACIÓN**

ACTA DE REUNIÓN

Buzón 9	ENTREGA DE RESULTADOS	0	
Buzón 10	HOSPITALIZACION TERCER PISO CS.	7	
Buzón 11	HOSPITALIZACION CUARTO PISO ALA 1 CS	3	
Buzón 12	HOSPITALIZACION CUARTO PISO ALA 2 Felicit.	4	
Buzón 13	SERVICIO FARMACEUTICO CS	2	
Buzón 14	CENTRO MEDICO	0	
Buzón 15	UCI	9	
Buzón 16	CIRUGIA	20	
Buzón 17	SALA JAIRO BEDOYA	0	
TOTAL PQRS		74	

**2.2. TRAZABILIDAD DE LAS PQRSFD ENCONTRADAS EN EL MES
INMEDIATAMENTE ANTERIOR (TOMAMOS UNA MUESTRA):**

NOMBRE DEL USUARIO QUE RADICÓ LA PETICIÓN	RESUMEN MOTIVO DE LA PETICIÓN	RESPUESTA OPORTUNA PARA EL USUARIO	RESPUESTA INOPORTUNA PARA EL USUARIO	RESPUESTA INCOMPLETA	SE TRASLADO POR COMPETENCIA (A LA EPS-OTRO)	NO REQUIERE RESPUESTA
Angelico Casallas cel 310 603 4865 c/ 13A + 07-27	El joven Kevin Ramirez tenia de Rx por muy grosero y al momento de la toma de la 2da imagen de forma brusca le quitó la placa y las tiró a mi hijo.	Se son de pte de la Rx. Refiere que el pte se le quitó y se le dio la inf. pte procedo.				
ERIKO VELASCO						

ACTA DE REUNIÓN

--	--	--	--	--	--	--

3. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

- La entidad tiene un procedimiento para la apertura de los buzones de sugerencias. Se
- La entidad cumple con el procedimiento para la apertura de buzones de sugerencias con personal calificado Se
- La Secretaría de Salud verificó la TRAZABILIDAD de la gestión de las PQRS Se
- Se anexa registro fotográfico de la visita y de las PQRS encontradas en los buzones en esta visita. Se

3. RESUMEN DE COMPROMISOS

Nº	Tema / Actividad	Responsable	Fecha de cumplimiento
1	Envío copia digital del acta de visita para apertura de buzón de sugerencias al correo institucional designado por la entidad:	Lesvy Yaneth Zapata Bahamón	16/06/2025

FIRMAS:

 **CLÍNICA PALMIRA S.A.**
Tel. 891.300.047-6

**ATENCIÓN
AL USUARIO**

Nombre: **JACKELINE ROJAS**
Cargo: Líder Atención al usuario
Clínica Palmira



Nombre: **OLGA MERY GUTIERREZ**
Cargo: profesional 01 Contratista
participación.salud@palmira.gov.co

ANEXO: Listado de asistencia

Proyectó: Lesvy Yaneth Zapata-Profesional Universitario 01 *Proyectó*
Revisó: Marly Jicet Silva –Subsecretaria de Planeación y Administración-Secretaria de Salud
Aprobó: Marly Jicet Silva –Subsecretaria de Planeación y Administración-Secretaria de Salud



Carrera 27 No. 29-32
www.palmira.gov.co
Línea de Atención: 602 8912312





FOTO No 1 FOTO No 2 APERTURA DE BUZONES

FOTO No 3 QUEJA PACIENTE SAMUEL SANCLEMENTE

155

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE URGENCIAS

Programa de mejoramiento continuo: la calidad de nuestros servicios para ser más eficientes. Su opinión es importante para mejorarlos. Por favor, complete el cuestionario y entregue su respuesta en el siguiente buzón N° 1.

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Código Clínico: _____ Fecha: _____

AREA	URGENCIAS	SALA TRANSICIÓN	SALA VIP	PUERTRITA	SALA
TRIAGE					
1. Amabilidad					
2. Tiempo de espera para ser atendido					
3. Información brindada					
URGENCIAS					
4. Seguridad y calidad en la atención					
5. Rapidez en la atención					
6. Información brindada					
7. Atención del personal					
8. Atención oportuna y en Ayudas diagnósticas					
9. Confianza y Seguridad proporcionada					
10. Calidad las instalaciones					
11. Ambiente, comodidad y privacidad del servicio					
En forma general, califique la atención recibida en la institución					
Se le informó acerca de sus deberes y derechos como paciente					
Si ☐ NO ☒					
¿Volvería a utilizar los servicios de la Clínica Palma S.A. y los recomendaría a SUS familiares y amigos?					
Definitivamente Si ☒ Probablemente Si ☐ Definitivamente No ☐ Probablemente No ☐					
Por qué? El personal es muy amable y eficiente. La sala de espera es cómoda y tranquila. Los médicos son muy buenos y se preocupan por el paciente. La atención es rápida y eficiente. En mi caso, la salud de mi hijo y la tranquilidad de mi hijo.					
Si usted está comenzando por favor escriba sus datos					
Nombre del Paciente		Acompañante		Fecha	
Primer apellido				Epa	

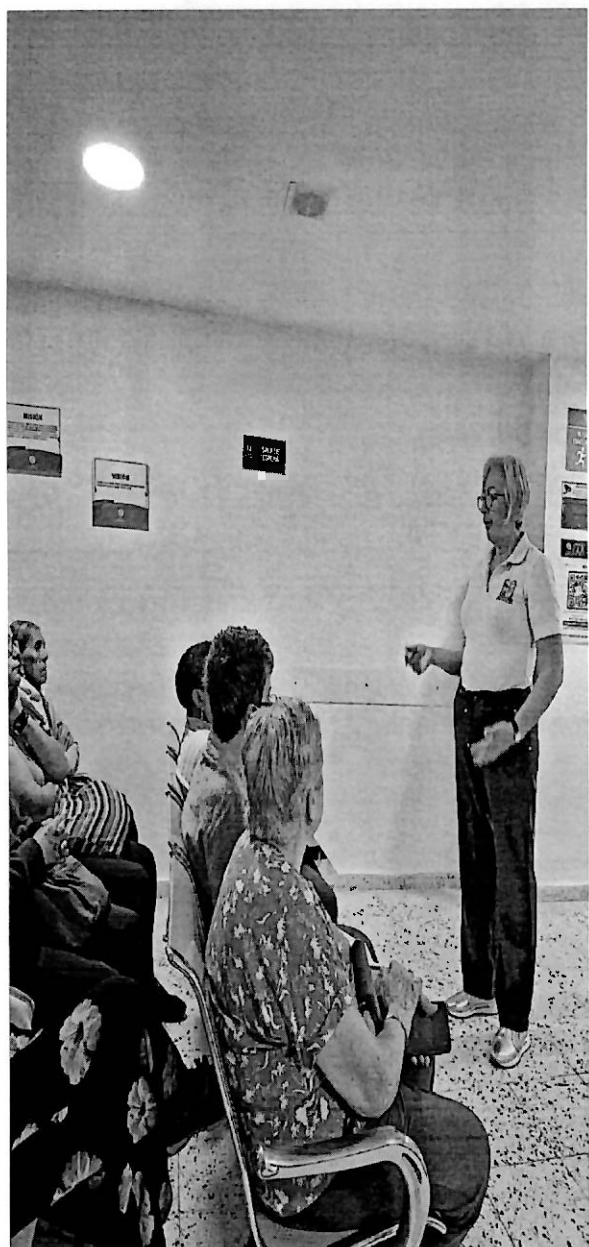
The screenshot shows a web browser window with several tabs open. The active tab displays a form titled "Formulario de Registro". The form contains the following fields:

- Código:** 05/05/2025 06:27:27
- Nombre:** RACONTE
- Dirección:** SANUEL SANCHEZ
- Teléfono:** 31 000 34 385
- E-mail:** [Redacted]
- Profesión:** [Redacted]
- Edad:** [Redacted]
- Sexo:** [Redacted]
- Ocupación:** [Redacted]
- Estado Civil:** [Redacted]
- Número de Documento:** [Redacted]
- Firma:** [Redacted]
- Fecha:** [Redacted]
- Lugar:** [Redacted]
- Municipio:** [Redacted]
- Departamento:** [Redacted]
- País:** [Redacted]
- Observaciones:** [Redacted]

At the bottom of the page, there is a footer with the text: "Desarrollado por: [Redacted] | Versión: 1.0 | Fecha: 05/05/2025 | Autor: [Redacted]"

FOTO 4. TRAZABILIDAD QUEJA DE SAMUEL SANCLEMENTE

FOTOS 5. SOCIALIZACION CON LOS USUARIOS DEL USO DEL BUZON DE SUGERENCIAS



FECHA	Junio 03/2025		CÉDULA	66-771 166		
NOMBRE	Luz Para Lopez		TÉLEFONO	315 022 1661		
ACTIVIDAD O TIPO DE TRÁMITE						
☐	ORIENTACIÓN AL CIUDADANO	☐	EDUCACIÓN EN SALUD	☒	ASISTENCIA TÉCNICA	
☐	CAPACITACIÓN	☐	VACUNACIÓN	☐	CERTIFICACIÓN EN DISCAPACIDAD	
☐	LICENCIA DE EXHUMACIÓN	☐	LICENCIA DE INHUMACIÓN O CREMACIÓN	☐	AFILIACIÓN EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO	
☐	TRASLADO CENIZAS	☐	TRASLADO DE CADÁVERES			
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD			TEMA:			
Olga Heny GohernZF			Gestión de Bozones de Superencias			
AREA O PROCESO QUE LO ATENDIO						
☐	1. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	☐	5. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	☐	9. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	
☐	2. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	☐	6. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	☐	10. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
☐	3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	☐	7. SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS	☐	11. ASEGURAMIENTO	
☐	4. SALUD PÚBLICA Y ÁMBITO LABORAL	☐	8. ESTADÍSTICAS VITALES	☒	12. PARTICIPACIÓN SOCIAL	
Para nosotros es importante conocer su grado de satisfacción respecto a los servicios prestados por la Secretaría de Salud de Palmira. Por favor marque con una "X" su nivel de satisfacción de acuerdo con la INTERVENCIÓN recibida; teniendo en cuenta calificar en una escala de 1 a 5, siendo: 1- Muy insatisfecho, 2- Insatisfecho, 3- Neutral, 4-Satisfecho y 5- Muy Satisfecho.						
CRITERIOS DE CONTROL		1. MUY INSATISFECHO	2. INSATISFECHO	3. NEUTRAL	4. SATISFECHO	5. MUY SATISFECHO
Número	Pregunta					
1	¿Qué tan satisfecho está con el servicio recibido?					☒
2	¿La información recibida fue clara, completa y actualizada?					☒
3	¿El personal mostró buena disposición al momento de realizar la intervención o atención?					☒
Por favor marque con una "X" si el trámite o intervención le generó algún tipo de costo?			SI		NO	
			☐		☒	
OBSERVACIONES GENERALES						
IMPORTANTE: En el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 de protección de Datos y Personal y su decreto reglamentario 1377, la Alcaldía Municipal de Palmira, le comunica que sus datos personales no son cedidos a ninguna empresa o tercero, forman parte de nuestra base de datos para fines informativos, acatando lo dispuesto en la ley con finalidad de contactarlo por nuestros diferentes canales de comunicación.						

Registrado
11/06/2025
BMS



Alcaldía de Palmira

República de Colombia
Departamento del Valle del Cauca
Alcaldía Municipal de Palmira
SECRETARÍA DE SALUD

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

LUGAR DE LA REUNIÓN:	Céntrica, Palmira		FECHA:	03/06/2017
ASUNTO O EVENTO:	Apertura de Bozones		HORA:	8:15 am

Importante: En el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 de protección de Datos y Personal y su decreto reglamentario 1377, el área de formación y capacitación de la Alcaldía Municipal de Palmira, le comunica que sus datos personales los cuales comparte ni son cedidos a ninguna empresa o tercer, forman parte de esta base de datos de contactos para los fines exclusivos de nuestra área, acatando lo dispuesto en la ley con finalidad de contactarle por nuestros diferentes canales de comunicación para mantenerle informado sobre tendencias de nuestros productos y servicios de acuerdo a las preferencias que usted nos ha manifestado previamente, actualiza como responsable del tratamiento de estos datos para los mismos propósitos. Salvo que usted informe no estar interesado de estas comunicaciones podrá solicitar la supresión de datos personales de nuestra base de datos. Comuníquese con nuestro Teléfono: 2719505, e informemos sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: atencionciudadano@palmira.gov.co, o a la dirección Calle 30 No. 29-39, o a nuestro portafó

www.palmira.gov.co

No.	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE CEDULA	EMPRESA - ENTIDAD - DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	FIRMA	Autonización de uso datos SI NO
1	Roz Paria	lopez	66.771166	Céntrica Palmira	Asesor	pacheco@al-pacheco.net	3150221661	[Firma]	
2	Muñoz	Obregon	11114811	Céntrica Palmira	Asesor		3213099682	[Firma]	
3	Socorro	Rojas	66756772	Céntrica Palmira	Asesor		318251372	[Firma]	
4	Ortega Henry	Ortega	38853041	Secretaría de Salud	Asesor	opm@palmira.gov.co	3202106841	[Firma]	
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

